

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N° 1392

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Lucien BAZIN

Ancien Interne des Hôpitaux et de la Maternité de Rennes,
Né le 13 Janvier 1913, à LA ROCHE (Finistère)

Contribution à l'Etude
des Abscesses Hépatiques
à staphylocoques

Président : M. Henri BÉNARD. Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939
—

THÈSE

N°
—

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Lucien BAZIN

Ancien Interne des Hôpitaux et de la Maternité de Rennes

Né le 13 Janvier 1913, à LA ROCHE (Finistère)

Contribution à l'Etude des Abscès Hépatiques à staphylocoques

Président : M. Henri BÉNARD, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1939

I. — Professeurs

Anatomie.	MM.	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.	STROHL.
Physique médicale.	POLONOVSKI.	Robert DEBRE.
Chimie médicale.	BRUMPT.	BAUDOUIN.
Bactériologie.	PASTEUR-VAL-	LERY-RADOT.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	MONDOR.	LEROUX.
Pathologie et thérapeutique générales	CHAMPEY.	TIFFENEAU.
Pathologie médicale.	AUBERTIN.	TANON.
Pathologie chirurgicale.	BALTHAZARD.	LEVY-VALENSI.
Anatomie pathologique.	Henri BENARD.	CHIRAY.
Histologie.	ABRAMI.	FIESSINGER.
Pharmacologie et matière médicale.	LOEPER.	RATHERY.
Thérapeutique.	LEREBoullet.	NOBECOURT.
Hygiène et médecine préventive	LAIGNEL-	LAVASTINE.
Médecine légale	GOUGEROT.	GUILLAIN.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEMIERRE.	CUNEO.
Pathologie expérimentale et comparée.	GOSSET.	GREGOIRE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	LENORMANT.	VELTER.
Clinique médicale.	CHEVASSU.	COUVELAIRE.
Hygiène et clinique de la première enfance.	JEANNIN.	LEVY-SOLAL.
Clinique des maladies des enfants	MOCQUOT.	OMBREDANNE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	HARVIER.	LEMAITRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	Pierre DUVAL.	VILLARET.
Clinique des maladies du système nerveux	TROISIÈRE.	MATHIEU.
Clinique des maladies infectieuses	LAUBRY.	Clovis VINCENT.
Clinique chirurgicale.	N...	HAZARD.
Clinique ophtalmologique	MULON.	OLIVIER.
Clinique urologique.	SANNIE.	VERNE.
Clinique d'accouchements.		
Clinique gynécologique.		
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		
Clinique thérapeutique médicale		
Clinique oto-rhino-laryngologique.		
Clinique thérapeutique chirurgicale		
Clinique propédeutique.		
Clinique de la Tuberculose		
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		
Clinique cardiologie		
Clinique de neuro-chirurgie.		
Assistance médico-sociale.		
Professeurs sans chaire.		

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.	
AMELINE	DEGREZ (H.)..	Physique.
BARIETY	DESOLLE	Médecine légale.
BERNARD Et..	DIGNONNET	Obstétrique.
BESANÇON (J.)	DOGNON	Physique.
BONNET	FEVRE	Pathologie chirurgicale.
BOULANGER	FUNK.	
BOULIN	BRENTANO..	Pathologie chirurgicale.
BROUET	GALLIARD	Parasitologie.
BULLIARD	GARCIN	Pathologie médicale.
CACHERA	Mlle GAUTHIER.	
CORDIER	VILLARS..	Anatomie pathologique.
COSTE	GAYET	Physiologie.
COUVELAIRE (R.)	DE GENNES	Pathologie médicale.
DELARUE	GIROUD	Histologie.
DELAY	HAGUENAU	Pathologie médicale.

MM.	
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale
LENEGRE	Pathologie médicale.
LEVY (M ^{re} J.)..	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.

MM.	
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.	
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU- LEMAIRE	Parasitologie.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.
BRULE	
CATHALA	
CHABROL	
CHEVALLIER..	
DONZELOT	
DUVOIR	
GASTINEL	
HUGUENIN	
LAROCHE (G.).	
LIAN	
MOREAU	
PIEDELIEVRE.	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale.
BROCQ	
CADENAT	
GATELIER	
DE GAUDART- D'ALLAINES.	
LEVEUF	
MOULONGUET.	
MOURE	} Clinique obstétricale.
QUENU	
ECALLE	
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEILL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE ET A MA MERE

Qui, au prix d'un dévouement
quotidien et d'une abnégation totale
m'ont permis de suivre ma vocation
médicale.

Faible témoignage de mon affec-
tion et de ma reconnaissance.

A MA FIANCEE

Qui sera aussi ma collaboratrice.

A MON FRERE

A MA SŒUR

A MA GRAND'MERE

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI BENARD

Chevalier de la Légion d'Honneur
Professeur de Pathologie Expérimentale et Comparée
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux

Qui a bien voulu nous faire le
très grand honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici
l'hommage de notre reconnaissance
et de notre profond respect.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ABEL PELLE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris
Professeur à l'Ecole de Médecine de Rennes

Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse, nous a guidé de ses con-
seils avec la plus grande bienveil-
lance.

Qu'il veuille bien trouver ici l'ex-
pression de notre très respectueuse
gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE LE ROY
*Ancien Interne de la Maison Départementale
et de la Crèche de la Seine*

Qui me guida sans cesse de ses
conseils au cours de mes études mé-
dicales.

En témoignage de ma reconnais-
sance et de ma profonde affection.

A MONSIEUR LE DOCTEUR COURCOUX
*Médecin de l'Hôpital Boucicaut
Officier de la Légion d'Honneur*

En reconnaissance du dévoue-
ment avec lequel il m'aida à recon-
quérir ma santé.

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR HOVELACQUE
*Chef de Travaux d'Anatomie
à la Faculté de Médecine de Paris*

Dont je fus l'élève.

A TOUS NOS MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES
ET EN PARTICULIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LE GAL LA SALLE
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DAMANY
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HARDOUIN

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARQUIS
Directeur de l'Ecole de Médecine de Rennes
Directeur du Centre Anti-Cancéreux
Commandeur de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SOURDIN

A MONSIEUR LE DOCTEUR BARRE
Ancien Interne des Hôpitaux de Rennes
Chef de Clinique à l'Ecole de Médecine de Rennes

Qui nous ont prodigué leur précieux enseignement au cours de nos études.

Hommage respectueux.

Contribution à l'étude des abcès hépatiques à staphylocoques

I. — INTRODUCTION

Au cours des septico-pyohémies à staphylocoques, affections essentiellement embolisantes, des foyers infectieux peuvent surgir dans tous les organes de l'économie. C'est ainsi qu'on a longuement décrit les lésions rénales, pulmonaires, ostéo-articulaires, cutanées, cardio-vasculaires, nerveuses, digestives : parmi ces dernières, l'atteinte hépatique est parfois observée mais en règle on signale des abcès miliaires, alors que les grands abcès uniques sont exceptionnels.

Nous avons eu l'occasion de voir à la fin de nos études médicales un petit malade atteint d'un volumineux abcès hépatique à staphylocoques dorés et nous tenons à remercier le Docteur Abel Pelle, qui nous a signalé ce cas intéressant en même temps qu'il nous inspirait le sujet de cette thèse.

Nous avons aussitôt recherché dans la littérature médico-chirurgicale des observations analogues. Elles sont rares. Nous nous proposons d'en rapporter les principales.

Nous rappellerons brièvement l'étiologie et la pathogénie de ces abcès. Puis nous tirerons des différents cas que nous signalons leur symptomatologie clinique. Ceci nous permettra d'envisager ensuite le diagnostic, le pronostic et enfin le traitement.

II. — HISTORIQUE

La découverte du staphylocoque remonte à Pasteur qui, en 1878, le découvrit dans le pus d'un malade atteint d'ostéomyélite.

Nous n'avons trouvé aucune observation d'abcès hépatique à staphylocoques avant celles du Professeur Fabrikant, de Kharkow (Russie), publiées dans le journal « Vrathebnoë délo », du 15 juillet 1924. La thèse de Borowicz, en 1934, ne signale que ces deux observations avec celle de Marcel Labbé, R. Boulin et Gilbert Dreyfus, datant de 1934.

Depuis, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, MM. Carnot et Cachérat en 1934, puis MM. Carnot et Caroli, Delmas et Duhamel présentèrent de nouveaux cas de volumineux abcès hépatiques dus au même agent pathogène. Duvoir et Mlle Sainton, en juin 1935, dans les « Annales de Thérapie biologique » signalaient un nouvel abcès hépatique. Goffin en 1938 en rapportait d'autres.

Il nous a paru intéressant de grouper ces différentes observations avec la nôtre pour en faire le sujet de cette thèse.

III. — ETIOLOGIE

On sait que le staphylocoque vit à l'état de saprophyte sur les téguments et sur les muqueuses des cavités naturelles. C'est le staphylocoque doré qui est le plus souvent en cause, beaucoup plus rarement il s'agit du staphylocoque blanc ou du staphylocoque citrin.

Quelles sont les infections locales qui peuvent servir de porte d'entrée au microbe dans la circulation générale pour atteindre les viscères tel le foie ?

1° Les infections cutanées : furoncles, anthrax, paranas.

2° L'abcès sous-cutané, le phlegmon circonscrit, la gale infectée, ou encore une simple excoriation superficielle de la peau.

3° Moins souvent le point de départ siège au niveau de la muqueuse des cavités naturelles : stomatite, abcès dentaire, angine, otite ou encore un phlegmon amygdalien.

4° La muqueuse des voies respiratoires à titre exceptionnel.

5° Très rarement également la muqueuse du tube digestif.

6° Les voies urinaires : cathétérisme septique par

exemple, petites cavités restées ignorées à l'intérieur de la prostate.

7° Les voies génitales après accouchement ou surtout avortement.

8° Une septicémie à staphylocoques survenant dans le décours d'une maladie infectieuse : rougeole, coqueluche, fièvre typhoïde, etc...

9° Un traitement sanglant portant sur un foyer inflammatoire : abcès du foie à staphylocoques consécutif à une appendicectomie par exemple.

10° Il est des cas où malgré un examen soigneux, un interrogatoire précis, on n'arrive pas à mettre en évidence la porte d'entrée du germe. Ainsi la porte d'entrée peut rester inconnue malgré de nombreuses investigations. L'hémoculture seule permet alors le diagnostic exact. Ces septicémies cryptogénétiques ont pour le Professeur Lemierre le plus souvent un point de départ cutané.

Il faut remarquer que dans les abcès hépatiques dits primitifs, si l'on ne trouve pas toujours la lésion causale, cela est dû au fait que cette lésion, qui a été le point de départ de l'affection, a pu guérir avant l'apparition de la septicémie.

IV. — PATHOGENIE

Deux périodes existent au cours de la formation d'un abcès hépatique : une période septicémique, une période locale d'abcès proprement dit :

1° *Une période septicémique.* — Lorsque l'issue du staphylocoque hors de la lésion originelle est massive, lorsque les décharges sont subintrantes, la septicémie tue en quelques jours sans que le staphylocoque ait eu le temps d'engendrer des foyers de localisations secondaires suffisamment volumineux pour devenir cliniquement appréciables.

2° *Une période hépatique.* — Lorsque la présence du staphylocoque demeure permanente dans le sang, lorsque la durée de la maladie est suffisante, l'agent pathogène a le temps d'organiser à distance des lésions multiples communiquant à l'affection des aspects variables suivant le siège et l'importance de ces déterminations secondaires, il s'agit alors d'une septicopyohémie.

L'état septicémique peut même cesser et un de ces foyers métastatiques continuer à évoluer *pour son propre compte*, c'est le cas des abcès du foie primitifs à staphylocoques.

Les embolies microbiennes parviennent au foie par la veine cave ; le courant sanguin ralentissant au niveau du système porte, des colonies microbiennes s'arrêtent au niveau du foie et prolifèrent. Elles vont donner la naissance à un abcès hépatique.

V. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On peut décrire schématiquement trois stades évolutifs des lésions anatomiques :

Le premier stade est représenté uniquement par une colonie de staphylocoques oblitérant un vaisseau. Les éléments microbiens se sont développés *in situ*, sans réaction inflammatoire de voisinage, l'organisme n'ayant pas eu le temps de réagir et les staphylocoques de migrer à distance. Néanmoins on peut déjà constater un certain degré d'altération des parois du capillaire en état de dégénérescence fibrinoïde et granuleuse, et au pourtour une infiltration interstitielle des globules rouges.

Au deuxième stade, la lésion a évolué, l'organisme a réagi sous forme d'afflux leucocytaire. Autour du capillaire bourré de staphylocoques et en état de dégénérescence apparaît une zone œdémateuse infiltrée, formée de deux couches, souvent assez distinctes : l'une entourant la zone centrale est formée de lymphocytes, moyens mononucléaires, tous en voie de pycnose et quelques polynucléaires. Cette infiltration leucocytaire est parfois assez dense et étendue pour rendre méconnaissable la structure du tissu hépatique. L'autre zone à la périphérie est essentiellement

formée d'extravasations sanguines importantes, avec infiltration prédominante de globules rouges, mais les travées cellulaires normales restent visibles.

Dans un troisième stade enfin, un petit abcès miliaire est constitué, la zone centrale est entrée en voie de suppuration, les leucocytes sont dégénérés; parfois même le pus s'est évacué.

Si la maladie se prolonge, ces petits abcès miliaires confluent et se transforment en une collection suppurée, ayant une histoire clinique.

L'abcès hépatique qui nous intéresse est constitué.

Dans l'observation du Professeur Marcel Labbé, nous reproduisons l'examen histologique qu'il a publié de cet abcès.

VI. — OBSERVATIONS

OBSERVATION I

*(Observation personnelle recueillie avec le concours
bienveillant du Docteur ABEL PELLE de Rennes)*

Le 25 août 1939 le jeune A. R... 6 ans entrait à la clinique. Il présentait une tuméfaction au niveau de son hypocondre droit pour laquelle son médecin le Docteur C..., avait porté le diagnostic de cholécystite.

Sans aucun antécédent pathologique intéressant, cet enfant avait présenté vers le 20 juillet de la même année une otite droite. Son oreille avait coulé et une légère hypoacousie de ce côté en avait résulté. Dès les premiers jours d'août, le petit malade, gai d'ordinaire, devint triste, il perdit son goût pour le jeu. Lorsqu'il accompagnait ses parents aux champs, il s'y asseyait, fatigué, sans forces. Rapidement il devint pâle, perdit l'appétit, maigrit et se plaignit avec insistance d'une douleur dans l'hypocondre droit.

Tous ces symptômes alarmèrent ses parents qui consultèrent enfin le Docteur C..., le 23 août.

A l'examen de cet enfant mal en train et asthénisé, son médecin fut tout de suite orienté vers la douleur siégeant à droite sous le rebord des fausses côtes. Il perçut à la palpation un foie augmenté de volume, débordant les fausses côtes, douloureux à son bord inférieur. Rate per-

cutable. Malgré l'auscultation des poumons qui révélait un murmure vésiculaire normal, la température étant alors de 38°5, ces signes firent penser à des accidents bacillaires possibles. Le Docteur C... pratiqua un examen radioscopique qui montra une image thoracique normale et une mobilité régulière de l'hémi-diaphragme d'un côté comme de l'autre. Une cuti-réaction fut faite.

Lorsque l'enfant revint deux jours après pour faire constater le résultat de la cuti-réaction, qui fut négative, son médecin pratiqua un nouvel examen et nota cette fois une voussure dans l'hypocondre droit au niveau du bord inférieur du foie, il pensa à une cholécystite, et fit entrer l'enfant à la clinique.

A son arrivée, le Docteur A. Pellé trouva un petit malade fatigué très amaigri, les pommettes saillantes, les yeux brillants, se plaignant de douleurs dans l'hypocondre droit. Dès qu'on examine son ventre on constate une voussure très nette siégeant dans l'hypocondre, soulevant la peau où se dessine une légère circulation veineuse collatérale.

A la palpation on note une tuméfaction volumineuse sous le foie, au niveau duquel se dessine sur son bord antérieur une masse assez régulière, ovoïde, extrêmement douloureuse, ressemblant assez à une grosse vésicule. Elle s'enfonce sous les fausses-côtes et semble pourtant bien être située dans le parenchyme hépatique même.

Tout le foie est hypertrophié. Température à 40°, pouls rapide; urines rares; ni diarrhée, ni constipation.

Tous ces symptômes font penser à une suppuration soit vésiculaire, soit hépatique. Pas de modification des selles, pas de diarrhée, pas de dysenterie.

Sous anesthésie générale on pratique une large incision parallèle au rebord costal. On tombe immédiatement sur le foie très augmenté de volume qui se présente

par sa face antérieure. Au niveau de la voussure on pratique une ponction avec une grosse aiguille. Celle-ci permet de retirer du pus bien lié, inodore. On incise la collection, on évacue la poche qui est profonde, et qui envoie un large diverticule vers la face postérieure. Cette poche qui possède à peu près le volume d'une grosse mandarine contient environ 80 cc. de pus. On explore la vésicule biliaire qui est normale, le rein droit. On draine et introduit une mèche dans la cavité. On met une compresse sous le bord antérieur du foie pour maintenir son contact avec la paroi antérieure. On ferme en deux plans.

L'examen bactériologique du pus, permet de mettre en évidence des staphylocoques dorés. Il s'agit donc d'un abcès du foie à staphylocoques seule et unique localisation d'une septicémie à staphylocoque évoluant depuis une quinzaine de jours, et peut-être consécutive à l'otite droite.

Malgré sa gravité, l'état du petit malade se relève progressivement, la température baisse régulièrement et devient normale le onzième jour. En même temps la suppuration se tarit, on ôte mèche et drain. Le malade se lève et quitte la clinique le 23 septembre, c'est-à-dire un mois après l'intervention.

Il est à noter qu'il n'a été pratiqué aucune injection de vaccin, ni d'anatoxine. Le seul traitement chirurgical a suffi. A sa sortie, l'état du petit malade est parfait, il mange bien, urine normalement, il a retrouvé sa gaieté, il est donc guéri.

OBSERVATION II

(Grand abcès primitif du foie à staphylocoques.

Par MM. Marcel LABBÉ, R. BOULIN et Dr DREYFUS.)

(Société Médicale des Hôpitaux de Paris)

(Séance du 25 mai 1934)

Tav..., 18 ans, imprimeur. Entre à l'hôpital le 3 juin 1933.

Antécédents. — Rien à signaler d'intéressant.

Histoire de la maladie. — Depuis les derniers jours de mai, le malade se plaint d'une sensation de pesanteur à la base du thorax; en outre il a quelques troubles digestifs, en particulier une constipation opiniâtre. Le 2 juin, veille de son entrée à l'hôpital, il est pris de frissons violents, d'une douleur extrêmement vive au niveau du rebord costal droit et sa température s'élève à 40°.

Examen du malade à l'entrée. — Etat général grave; malade abattu, pâle, température 40°2; pouls 100; les urines sont foncées mais ne renferment aucun élément anormal. L'examen de l'abdomen révèle une défense légère de la paroi dans le quadrant supérieur et droit, ainsi qu'un point douloureux à l'intersection de la dixième côte et du bord externe du grand droit du côté droit. Dans le reste de l'étendue de l'abdomen, l'examen demeure négatif; le foie et la rate paraissent de dimensions normales. Il n'y a même rien à signaler d'anormal au niveau des autres appareils : cœur, poumons, etc...

Evolution. — On applique sur l'hypocondre droit une vessie de glace; la défense musculaire s'atténue; mais le foie augmente progressivement de volume et déborde de quatre travers de doigt le rebord costal; la rate devient accessible à la percussion; la température se maintient élevée avoisinant 38° le matin, 40° le soir; le pouls oscil-

le entre 80 et 100. L'examen radiologique décèle seulement une augmentation notable de l'ombre correspondant au foie; la coupole droite a conservé sa mobilité habituelle.

Le 6 juin, l'hémoculture démontre l'absence de germes du groupe typhique, mais la présence dans le sang de staphylocoques dorés.

Le 8 juin on établit la formule sanguine; il existe 18.000 leucocytes par millimètre cube, dont 88 % de polynucléaires.

Le 12 juin, on entreprend une cure d'émétine : 4 centigrammes par jour. Cette thérapeutique ne donnant aucun résultat, le Docteur Oberlin consent à faire une laparotomie exploratrice; l'intervention, pratiquée le 26 juin, révèle l'intégrité de l'appendice et de la vésicule; le foie apparaît très volumineux; une ponction effectuée sur la face antérieure, au voisinage du bord inférieur, ayant provoqué l'issue de pus, une incision est pratiquée qui ouvre un abcès; le pus jaunâtre bien lié, contient exclusivement du staphylocoque doré. Malgré l'ouverture de l'abcès, la fièvre se maintient élevée.

Le 5 juillet, un examen complet d'urine ne montre ni albumine, ni sucre, ni pigments, ni sels biliaires; il existe un léger excès d'urobiline : le rapport azoturique mesure 73 %, le rapport aminé 3,6 % le coefficient de Maillard 6 %. Une deuxième hémoculture montre que le staphylocoque est toujours présent dans le sang.

Cependant le malade se cachectise; l'examen clinique ne décèle aucune autre localisation de l'infection.

La mort survient le 9 juillet, la maladie ayant duré au total un mois environ.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'échappe une petite quantité d'une sérosité louche.

Le foie est très volumineux, 2 kilogs 150; par l'incision chirurgicale, il s'écoule encore un peu de pus. L'aspect et la consistance de l'organe paraissent normaux, il n'y a pas de périhépatite. La vésicule biliaire est aplatie, blanchâtre; il n'y a pas de péricholécystite. A la coupe, on trouve un abcès, dont les dimensions sont celles d'une mandarine, et dont la forme est régulièrement arrondie. Il n'y a pas de pus dans les voies biliaires, ni dans la vésicule.

La rate pèse 355 grammes, et les reins 240 grammes chacun. Les poumons sont un peu congestionnés. Le cœur est flasque, l'endocarde et le péricarde indemnes de toute altération.

Le tube digestif, examiné sur toute la longueur, s'est montré normal; l'appendice en particulier, qui était en position rétro-cæcale, n'était pas enflammé.

Examen histologique. — Cet examen a été pratiqué dans le laboratoire du Professeur Roussy par le Docteur Foulon.

Foie. — On a examiné un fragment de la paroi de l'abcès. La préparation montre, au voisinage de la cavité et bordant cette dernière, du tissu nécrotique, parsemé de cellules inflammatoires diverses.

Plus loin et sur presque toute l'étendue de la préparation (3 centimètres environ), le parenchyme hépatique est presque complètement détruit; il n'en reste que quelques travées dissociées par de la sclérose; il est remplacé par un tissu fibreux; irrégulièrement infiltré d'éléments inflammatoires et parsemé de micro-abcès; en quelques points, les vaisseaux sont bourrés de cocci, réalisant de véritables embolies microbiennes massives. A l'extrémité de la préparation, enfin, on retrouve le tissu hépatique; les cellules hépatiques sont le siège d'une dégénérescence graisseuse moyennement accentuée; beaucoup sont com-

plètement nécrosés, mais il est possible qu'il s'agisse là d'altérations cadavériques ; il existe un épaississement discret du tissu conjonctif péri-portal.

Rein. — On a coupé un fragment du rein gauche, prélevé à l'union de la corticale et de la médullaire et entourant un micro-abcès de la dimension d'une tête d'épingle. Sur les préparations, on voit que le micro-abcès représente le centre d'un nodule inflammatoire interstitiel ; dans les alentours du nodule, la corticale est le siège d'une sclérose interstitielle très discrète ; les glomérules et les tubes urinifères ont un aspect normal.

OBSERVATION III

(Grand abcès staphylococcique du foie)

(Son diagnostic par ponction et injection aéro-lipiodolée)

(Par MM. P. CARNOT et René CACHERAT)

*(Société Médicale des Hôpitaux de Paris,
séance du 25 mai 1934.)*

Une femme âgée de 42 ans, Mme De..., sans profession, entre à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu le 10 mars 1934 pour des douleurs dans l'hypocondre droit et une fièvre qui oscille de 38° à 39°5 depuis un mois.

Le début, assez brusque, remontant aux environs du 10 février, a été marqué par des frissonnements avec ascension thermique rapide, et par quelques vomissements ; quatre jours plus tard, un syndrome douloureux aigu nocturne, avec vomissements bilieux, douleurs violentes et léger subictère consécutif, offrait toutes les apparences d'une crise de coliques hépatiques.

Au bout de 15 jours apparaissait une pleurésie droite, sérofibrineuse, ponctionnée par le médecin traitant.

Un mois après le début, le 10 mars, la malade entrait à l'Hôtel-Dieu.

La fièvre n'a cessé d'osciller entre 38° et 39°5.

L'état général est passable, l'amaigrissement peu marqué; par contre la pâleur accentuée est frappante.

A l'examen on constate une nette défense musculaire sous-hépatique permettant à peine de percevoir le gros foie sous-jacent qui dépasse cependant le rebord costal et se montre douloureux à la pression, de façon diffuse. La vésicule biliaire n'est pas perceptible. La rate est normale. Un épanchement pleural droit empêche d'apprécier cliniquement le volume exact du foie.

Par ailleurs, l'examen demeure entièrement négatif. Les urines, relativement claires et abondantes, ne renferment ni pigments biliaires, ni albumine, ni sucre.

Aucun antécédent pathologique notable n'est à relever. Mariée, sans enfants, cette malade n'a jamais quitté la France, n'a jamais présenté aucun trouble pouvant faire incriminer une amibiase; aucune crise appendiculaire; jamais non plus de signes de lithiase biliaire ou d'infection angio-cholécystique.

La radiographie (12 mars) montre une élévation nette de l'hémi-diaphragme droit: de forme convexe, il fait saillie de 5 à 9 centimètres au-dessus du niveau de la coupole gauche. Une légère réaction pleurale surmonte cette voussure du diaphragme.

La ponction de la plèvre droite retire un liquide citrin, légèrement trouble, stérile à l'examen direct et à la culture, contenant de nombreux polynucléaires peu altérés.

La formule sanguine montre une anémie prononcée avec hyperleucocytose.

Globules rouges	2.800.000
Globules blancs	12.960
Poly. neutro.	87 %
Poly. éosino	0
Poly. baso.	1 %
	88 %
 Mono. lympho.	 1,8 %
Mono. moyens	7,7 %
Monocytes.	2,5 %
	12 %

L'hémoculture est négative, de même que la culture des urines; le culot de centrifugation ne renferme ni cylindres, ni hématies.

Du 10 au 26 mars, la situation est à peu près stationnaire. La fièvre oscillante, la douleur hépatique, la défense musculaire persistent. De plus la dyspnée et l'abondance de l'épanchement augmentent.

Le 26 mars, un avis chirurgical est demandé au Docteur J.-C. Bloch qui confirme la probabilité d'une suppuration sous-diaphragmatique. Mais plusieurs ponctions faites pour la déceler demeurant négatives, l'intervention chirurgicale est différée.

Du 26 mars au 10 avril, un traitement, par le stovarsol et l'émétine est institué; son influence est nulle sur la fièvre comme sur les phénomènes locaux. Entre temps, l'abondance de l'épanchement nécessite une ponction évacuatrice (29 mars) qui retire 1 litre 1/2 de liquide sensiblement clair.

Le 10 avril (deux mois après le début) on pratique au trocart une nouvelle ponction, dans le 9^e espace intercostal, en dehors de la verticale passant par la pointe de l'omoplate. A une profondeur de 6 à 7 centimètres, nous retirons un pus épais, crémeux, jaune verdâtre, renfermant de nombreux cocci en courtes chaînettes à l'examen direct : la culture identifie un staphylocoque jaune.

Par le trocart de ponction 10 cc. de lipiodol et une petite quantité d'air sont introduits. Une stéréo-radiographie pratiquée immédiatement permet de préciser la topographie de l'abcès. Une bulle d'air surmontant un niveau liquide horizontal, marque son pôle supérieur à 3 ou 4 centimètres au-dessous du diaphragme droit ; le fonds de l'abcès est assez mal délimité par quelques billes de lipiodol fragmentées au milieu du pus. Sur le cliché (qui ne donne il est vrai, aucunement la projection orthodiagraphique) la hauteur de l'abcès ainsi déterminée paraît considérable (14 centimètres). Il occupe la partie la plus externe du lobe droit et n'est séparé du gril costal que par une distance de 2 centimètres : l'abcès du foie ainsi repéré pouvait donc être localisé pour le chirurgien.

Le 12 avril, une intervention chirurgicale est pratiquée par M. le Professeur Cunéo : par voie postéro-latérale, en suivant le trajet de ponction, résection de la 9^e côte ; ouverture de l'abcès qui siège en plein parenchyme hépatique : écoulement abondant d'un pus jaune crémeux dont un échantillon, prélevé directement dans la cavité au cours de l'intervention, montre à nouveau la présence exclusive de staphylocoques à l'examen direct et à la culture. On établit un drainage. La plèvre, cloisonnée et adhérente, a permis de respecter la grande cavité pleurale.

Les jours suivants, la température s'abaisse lentement,

venant osciller entre 37°5 et 38°5. L'écoulement purulent par le drain est très abondant. Des radiographies successives montrent toujours la présence du lipiodol dans le fond de la cavité abcédée : les dimensions de celle-ci ne paraissent pas diminuer. Par contre la rétrocession de l'épanchement pleural réactionnel qui avait été particulièrement abondant et récidivant est rapide; sa disparition est complète quinze jours après l'intervention.

Cependant la température continue à osciller, s'élevant par intermittence au-dessus de 39°.

Le 4 mai, trois semaines après l'intervention, l'état demeure stationnaire. L'écoulement du pus reste abondant. Des stéréo-radiographies sont pratiquées après injection nouvelle de lipiodol par le drain. Les dimensions de la poche sont à peu près inchangées. Le fonds est légèrement surélevé, mais le pôle supérieur s'est également développé : il atteint maintenant le diaphragme, sans interposition visible de parenchyme hépatique; de sorte que les dimensions verticales de la cavité sont toujours sur la radiographie, de 14 centimètres.

L'état général est meilleur; l'appétit et les fonctions digestives sont satisfaisants. Le foie est moins augmenté de volume et moins douloureux. La rate est toujours normale. Il n'existe aucune autre localisation de l'infection staphylococcique.

Actuellement, un mois et demi après l'opération, l'état de cette malade est relativement satisfaisant, les suites opératoires se poursuivent de façon normale. Mais l'abcès est encore loin d'être comblé, comme le montre une nouvelle radiographie aéro-lipiodolée.

OBSERVATION IV

(Grand abcès du foie à staphylocoque après cholécystectomie mais d'origine furonculaire)

(Par MM. P. CARNOT et J. CAROLI)

*(Société Médicale des Hôpitaux de Paris,
séance du 25 mai 1934.)*

L'observation que nous rapportons concerne un cas d'abcès double et volumineux du foie à staphylocoques. Bien que cette hépatite suppurée soit survenue après une intervention sur les voies biliaires, elle relève en réalité d'une métastase infectieuse à point de départ cutané (furoncles) et a succédé à une parotidite à staphylocoques, post-opératoire également. Ces abcès ont guéri rapidement après ouverture chirurgicale. Mais ils font — comme on le verra — partie d'une histoire clinique riche de complications redoutables.

M. L..., âgé de 53 ans, pharmacien, est opéré le 31 octobre 1933 par le Docteur Bergeret, sur le conseil de l'un d'entre nous, pour un ictère par rétention très intense et durant plus de vingt jours. Les radiographies nous avaient montré en effet, l'existence de deux calculs particulièrement opaques et de siège différent, et que nous pouvions localiser, l'un dans la vésicule, et l'autre dans le cholédoque. (Ces deux images, en effet, qui paraissaient éloignées en position frontale, se projetaient l'une au contact de l'autre sur les clichés pris en position oblique).

Les suites opératoires satisfaisantes au point de vue lo-

cal, vont se trouver compromises par toute une série de complications :

La première en date fut un hoquet qui, ayant débuté le lendemain de l'intervention, a duré presque sans interruption pendant huit jours, résistant à toutes les tentatives thérapeutique et mettant, en une semaine, le patient dans un état d'épuisement complet.

Les accidents de staphylococcie apparurent ensuite. Leur point de départ est en réalité, antérieur à l'intervention; car ce malade, avant son ictère avait présenté un énorme anthrax du cou; d'autre part, au cours de sa période de rétention biliaire par calcul cholédocien, il avait eu un prurit extrême, ayant occasionné de très nombreuses lésions de grattage et, consécutivement, des pyodermites multiples à staphylocoques.

Dix jours après l'opération, la température s'élève, malgré le bon état de la plaie opératoire : l'explication en est banale lorsque apparaît une parotidite gauche. Elle doit être incisée au cinquième jour de son évolution et donne issue à du pus crémeux, unimicrobien, à staphylocoques.

Cependant et malgré une guérison locale rapide, la fièvre reste élevée et l'état général est très mauvais. C'est que, déjà, commençait sournoisement l'évolution de deux volumineux abcès staphylococciques du foie qui restèrent camouflés pendant plus de trois semaines derrière les signes d'une réaction pleuro-pulmonaire de la base droite. D'ailleurs, à cette date, le malade encore très ictérique, épuisé par son hoquet, abattu par la fièvre, adynamique, dyspnéique et hypotendu, était dans un état de cachexie inspirant les plus vives craintes, malgré de petites transfusions répétées et de l'insuline avec du glucose.

Voici comment ont évolué les signes locaux hépatiques et péri-hépatiques. D'abord on ne perçut à la base droite, que de gros râles humides, puis des frottements pleuraux;

le surlendemain signes d'épanchement (le liquide séro-fibrineux ne contenait que des polynucléaires intacts). La température restant en plateau autour de 39°, l'anémie s'accroissant à nouveau, la polynucléose passant de 77 % à 83 %, il nous apparaît évident que la pleurésie n'est qu'un épanchement réactionnel : mais toutes les ponctions profondes, pratiquées par voie postérieure, demeurent stériles.

Le 13 décembre, seulement, en ponctionnant en avant, à travers la cicatrice opératoire, on trouve du pus. Séance tenante, le Docteur Bergeret incisant dans le foie, évacue plus d'un demi-litre de pus bien lié, contenant en abondance des staphylocoques.

Cependant, la température ne baisse pas comme on l'espérait, après évacuation de la poche purulente, et la pleurésie réactionnelle persiste.

Une seconde intervention est nécessaire qui ouvre, dans le foie, une nouvelle collection contenant 1 litre de pus à staphylocoque.

A partir de ce moment le malade va s'acheminer vers la guérison, mais non sans incidents.

Signalons une poussée, rapidement guérie de pyélocystite staphylococcique par élimination microbienne.

Plus tard il y eut des manifestations arthralgiques du cou-de-pied droit.

Enfin, quand notre malade se leva et parut récupérer une santé normale, il fut pris brusquement de vomissements abondants et incoercibles traduisant une sténose pylorique par périviscérite cicatricielle : on dut encore pratiquer, d'urgence, une gastro-entérostomie complémentaire. A partir de ce moment, la guérison fut définitive.

Telle est l'observation, très complexe de notre malade, qui, affaibli et livré sans défense aux infections staphylococciques (qui, certainement, dataient de l'anthrax), du fait de son intense imprégnation biliaire, a fait, à l'occasion de sa cholécystectomie, une série de localisations septiques : la multiplicité de celles-ci prouve l'origine sanguine (et non canaliculaire) de la staphylococcie hépatique. Deux de ces suppurations, à localisation hépatique, ont été fixées au niveau du foie par la lésion biliaire et par l'opération consécutive. Elles ont pris le type, très rare, de grands abcès du foie que l'on a trop souvent tendance à vouloir rattacher à l'amibiase et qui sont parfois, malgré leurs grandes dimensions, d'origine pyohémique.

OBSERVATION V

Gros abcès du foie à staphylocoques

Par MM. François DELMAS et Gaston DUHAMEL (Agen)
(*Société Médicale des Hôpitaux de Paris,*
séance du 15 juin 1934.)

Homme de 57 ans, qui subit une première intervention le 4 septembre 1929, après deux mois d'hépatomégalie fébrile. Il est vrai de dire que le traitement à l'émétine-stovarsol à fortes doses avait amené à deux reprises une sédation thermique impressionnante et que ce malade avait eu au cours de son service militaire, un syndrome diarrhéique de deux à trois mois. La formule leucocytaire pratiquée au début de la maladie de 1929 avait donné une éosinophilie sanguine de 4 %, avec polynucléose (neutrophiles) de 78 %.

Cependant la nature amibienne de cet abcès est à rejeter, car les examens des selles faits à différentes reprises n'ont montré ni parasites, ni kystes; au contraire, l'examen direct extemporané du pus de l'abcès a décelé le staphylocoque, aucun autre élément pathogène n'a pu être mis en évidence. L'abcès contenait deux litres de pus rougeâtre sans odeur.

Le drainage a été suivi d'une guérison de quelques mois; une rechute a nécessité une deuxième intervention, et celle-ci bien que faite dans un état désespéré, a permis une guérison enfin définitive et le malade poursuit une vie normale depuis 4 ans.

OBSERVATION VI

(De Mlle J. SAINTON et R. DUVOIR)

(*Annales de Thérapie biologique* 15 juin, 15 juillet 1935.)

Homme de 42 ans, hospitalisé dans un service de chirurgie pour une hépatomégalie douloureuse isolée, avec fièvre ne dépassant pas 37°6.

Malgré l'absence de tout antécédent dysentérique, un traitement d'épreuve par l'émétine est tenté; mais au siège de la quatrième piqûre, un abcès se développe. On l'incise largement, on examine le pus et on le cultive: staphylocoque à l'état de pureté.

Rapidement l'état du malade s'altère. La fièvre cependant ne dépasse pas 38°; mais un syndrome phrénique avec hoquet fait son apparition. Il n'y a aucun signe de réaction pleurale; par contre le foie, dans son ensemble est douloureux.

Le malade est alors admis en médecine, où il meurt le surlendemain.

A l'autopsie, tout se résume à la constatation d'un abcès unique à staphylocoques dans le lobe droit du foie.

En résumé. — Staphylococcie dont la localisation unique était un abcès du foie ; la suppuration staphylococcique de l'injection d'émétine peut être considérée comme une métastase, l'injection en elle-même étant certainement stérile.

OBSERVATION VII

(Observation du Professeur FABRIKANT, de Kharkow)

Le 24 avril 1923, une doctoresse de 25 ans entre dans la polyclinique des étudiants avec le diagnostic de fièvre typhoïde.

Début de la maladie, le 18 avril, par une douleur dans l'hypocondre droit, en arrière et en avant à la même hauteur, frissons et malaise général. La température, pendant son séjour chez elle, était depuis le 18 avril, progressivement ascendante sans grandes oscillations. Maxima 39°2, minima 38°2. Dans le pavillon de thérapeutique de cet hôpital où la malade a été admise, elle a été examinée par les Docteurs X... qui ont trouvé que la submatité de l'hémithorax droit commençait en arrière à l'angle inférieur de l'omoplate et se confondait avec la matité hépatique, mais à l'inspiration profonde la limite supérieure de la submatité diminuait un peu.

En avant, le foie dépasse le rebord des fausses côtes de trois travers de doigts.

En ce qui concerne les autres viscères, aucune anomalie : rate, aucune augmentation, ni à la palpation, ni à la percussion.

La malade se plaint d'hyperesthésie au niveau de l'hypocondre droit et en outre la palpation au niveau de l'hypocondre et de la région hépatique est très douloureuse.

Le 7 mai apparaît une diarrhée qui dure seulement quatre jours.

Le troisième jour après son entrée dans le service, la température monte à 39°9 et les oscillations entre la rémission matinale et l'ascension vespérale atteignent jusqu'à deux degrés.

La ponction exploratrice pleurale et la ponction lombaire ont donné des résultats négatifs.

La réaction de Widal pour l'Eberth et les paratyphiques, pratiquée le troisième jour de son admission à l'hôpital et répétée le neuvième jour a donné toujours un résultat négatif.

Le même résultat négatif a été obtenu pour la recherche du plasmodium dans le sang.

La numération globulaire a montré :

Globules rouges : 4.200.000.

Lymphocytes : 24 %.

Monocytes : 7 %.

Métamyélocytes : 2 %.

Basophiles : 1 %.

Polynucléaires neutrophiles : 66 %.

Urines : poids spécifique 1016.

Albumine : traces.

Quelques rares globules rouges. Trois leucocytes dans le champ.

Quelques cylindres hyalins.

Radioscopie du 11 mai. — La coupole diaphragmatique droite est plus élevée que la gauche et un obscurcissement de l'espace sous-diaphragmatique passe insensiblement à l'obscurité hépatique. Dans la partie médiane

la coupole est attirée vers le haut. D'après toutes ces données on arrive à la conclusion qu'il existe un abcès sous-diaphragmatique ou hépatique. Dans le but d'une intervention chirurgicale, la malade est transportée le 13 mai (22 jours après son admission) en chirurgie.

Les signes objectifs et subjectifs sont sans modifications : la matité hépatique suit la ligne scapulaire jusqu'à l'angle de l'omoplate : sur la ligne axillaire jusqu'à la 5^e côte; ligne mamelonnaire jusqu'à la 4^e côte. Le foie déborde les fausses-côtes de trois travers de doigt.

La rate n'est pas augmentée de volume. Aucune modification aux autres viscères. Constipation. Température élevée. L'amplitude des oscillations au cours de la journée est de 1° à 1°5.

Leucocytose : 17.000.

Globules rouges : 4.000.000.

Le même jour (*le 13 mai*) est faite au niveau du onzième espace intercostal suivant la ligne scapulaire, une ponction exploratrice. On retire un peu de pus. Les dénivellations de l'aiguille montrent qu'on est dans l'espace sous-diaphragmatique. Aussitôt après la ponction on fait sous anesthésie générale à l'éther, une résection. Il s'élimine très peu de pus de la plaie.

Neuf jours après l'opération, frissons très intenses.

Le 24 mai, il s'élimine une faible quantité de pus et la malade se sent de nouveau mieux. La température baisse, elle ne monte pas au-dessus de 36°6, mais l'amplitude des oscillations au cours de la journée est encore entre 1° et 1°5. Il est clair qu'il se trouve encore un abcès au niveau du foie, mais comment trouver sa localisation ?

En outre, il y a augmentation du lobe gauche qui est devenu douloureux à la palpation.

A la percussion : pas de modification du foie.

Sang : hyperleucocytose à neutrophiles.

La radioscopie refaite le 11 juin (28 jours après l'intervention) montre une ascension de la coupole diaphragmatique droite.

Les parties latérales ne se modifient pas avec les mouvements respiratoires. L'angle costo-diaphragmatique ne s'ouvre pas à l'inspiration. Le foie est augmenté à la palpation et à la percussion d'une partie de la 11^e côte.

Les feuillets diaphragmatique et costal sont adhérents. Avec le bistouri on arrive à travers l'espace sous-diaphragmatique dans le tissu hépatique d'où jaillit une grande quantité de pus, couleur chocolat. On fait un drainage.

L'analyse du pus a donné une culture pure de staphylocoques dorés.

La malade va mieux. Les douleurs ont diminué l'appétit revient, mais la température ne baisse pas. Puis de nouveau la malade change, elle fond sous les yeux. La température, l'état général et le résultat de l'examen objectif montrent que la suppuration hépatique persiste et cependant pas d'élimination du pus au niveau de la plaie.

Un abcès a donc été vidé le 13 mai. Un deuxième s'est ouvert spontanément dans la plaie 11 jours après l'intervention. Un troisième a été ouvert d'un coup de bistouri 28 jours après la première intervention. La plaie bourgeonne normalement, commence à se refermer, peu de sécrétion, mais la température ne baisse pas et le foie ne diminue pas.

Par conséquent il existe encore un ou plusieurs abcès intra-hépatiques, donc il s'agit d'abcès multiples du foie.

Etant donné l'état désespéré de la malade qui n'avait plus rien à perdre, on a tenté encore une fois l'opération le 13 juin (un mois après la première intervention) on a élargi l'incision et enlevé le reste de la onzième côte. Le foie est consistant, on fait une incision, on introduit

le doigt dans le parenchyme. Une hémorragie abondante apparaît, mélangée de pus. On introduit un tampon de gaze.

Cinq jours après l'opération on retire le tampon, l'hémorragie réapparaît, mais deux jours après on arrive à enlever le tampon, ce qui donne issue à une grande quantité de pus.

On a mis un drain et de la gaze.

Le lobe droit du foie a remarquablement régressé de volume, mais le lobe gauche reste gros et douloureux.

La température revient à la normale : la malade se sent mieux ; mais 10 jours après la deuxième intervention la température remonte à 40°. Elle revient à la normale après une élimination abondante de pus.

Elle est restée normale pendant quatre jours et ensuite ont apparu des ascensions vespérales à 38°4, 38°6, 38°8. Rémissions matinales à 36°8, 36°4 et même 36°1.

L'état général de la malade s'est beaucoup amélioré, le lobe du foie est rétracté, le lobe gauche a rétrogradé et devenu indolore.

28 jours après la seconde intervention, le 10 juillet, il s'est éliminé encore beaucoup de pus pour la dernière fois. La température a baissé définitivement et tout le temps jusqu'à la sortie de la malade elle est restée normale.

Le drainage est diminué progressivement, la gaze supprimée et la plaie s'est refermée complètement. Ainsi il a fallu deux interventions pour ouvrir deux abcès différents sans compter les autres abcès qui se sont ouverts spontanément ; chaque abcès nouveau étant annoncé par une poussée thermique, son évacuation par une chute de la température et une recrudescence du pus.

La malade finit par guérir après ces nombreuses alternatives d'hyperthermie et de défervescence.

OBSERVATION VIII

(*Observation du Professeur FABRIKANT, de Kharkow.*)

Homme de 23 ans. A fait une fièvre typhoïde grave.

Quand la fièvre typhoïde a été complètement finie, alors que le malade se promenait avec une température normale ont apparu des douleurs dans l'hypocondre droit. La température a remonté, il a éprouvé une sensation de pesanteur dans la région hépatique. Cinq semaines après il est amené à Kharkow avec une température élevée et une tumeur nettement saillante au niveau de l'hypocondre droit. Le foie déborde les fausses côtes de 4 travers de doigt. A la percussion, sur la ligne mamelonnaire, la matité remonte jusqu'à la cinquième côte, sur la ligne axillaire jusqu'à la cinquième côte, sur la ligne scapulaire jusqu'à la septième côte.

Hyperleucocytose. La ponction exploratrice sur la ligne scapulaire a donné un résultat négatif, mais sur la ligne mamelonnaire on a retiré du pus. Aussitôt après : incision par plans successifs à deux travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes et parallèlement à lui. Le foie n'est pas adhérent au péritoine pariétal, par quelques points on réunit le péritoine pariétal avec la surface dénudée du foie. Tout autour on met un pansement isolant. Une incision à travers le parenchyme hépatique donne beaucoup de pus roussâtre, mélangé de sang.

Dans le pus on trouve du staphylocoque doré. La température a baissé, le malade a guéri et la plaie s'est cicatrisée deux mois après l'opération.

VII. — ETUDE CLINIQUE

Symptomatologie générale des abcès pyogènes du foie

Des observations précédentes il nous est facile de dégager les principaux symptômes généraux, fonctionnels et physiques des abcès du foie à staphylocoques.

Il est rare qu'un abcès hépatique pyogène se développe insidieusement sans aucune participation grave, locale ou générale.

Les abcès pyogéniques commencent et finissent d'une façon aiguë jusqu'à l'intervention chirurgicale ou jusqu'à la mort.

Il peut arriver cependant, comme dans l'observation de MM. Noël Fiessinger, Bernard Desplas et R. Messimy que l'évolution soit torpide, mais ce cas n'est pas la règle.

Si les suppurations hépatiques commencent quand le processus morbide qui représente le point de départ de l'abcès continue à évoluer, les symptômes propres de l'abcès hépatique peuvent être peu appréciables et aussi rester tout à fait inconnus.

LES SYMPTÔMES GÉNÉRAUX sont souvent les premiers à attirer l'attention du malade.

Il est pâle, maigre, asthénique, févreux. Quelquefois, on note un subictère.

La fièvre peut être continue, rémittente, avec élévations vespérales à 39°, 40°, ou intermittente avec des accès quotidiens allant jusqu'à 41°. Ces oscillations seraient en rapport avec un processus pyléphlébitique, d'où pronostic très grave ; mais elles peuvent également avoir lieu sans aucune thrombose dans le territoire de la veine-porte.

Tantôt la fièvre a un parcours irrégulier, capricieux, sans aucune caractéristique. Certains cas sont apyrétiques comme celui de M. le Professeur Noël Fiessinger, dont nous avons parlé plus haut.

Le pouls, fréquent, jusqu'à 120-130, souvent mou, dépressible, irrégulier, filiforme. Dans les cas plus graves on peut trouver une discordance entre le pouls et la température.

— LES SIGNES FONCTIONNELS sont ceux habituels aux abcès pyogéniques.

Frissons correspondant aux accès thermiques.

Douleur spontanée : Si elle manque dans les petits abcès, ce qui est rare, les grands abcès au contraire sont accompagnés d'une douleur vive, persistante, qui dépend de la distension, et de la participation au processus inflammatoire de la capsule de Clisson.

Son siège est le plus souvent dans l'hypocondre droit, en grande partie dans la région épigastrique,

tantôt elle prédomine dans la fosse iliaque et dans le flanc droit.

La douleur peut irradier dans toutes les directions mais spécialement à l'épaule droite et dans la région scapulaire et acromiale, le long du phrénique et de ses anastomoses avec le plexus cervical.

Dans l'abcès du lobe gauche, la douleur peut irradier soit dans l'épaule gauche, soit dans les deux épaules. La douleur est sourde, lancinante, profonde, rémittente, avec des crises plus ou moins longues. Ces symptômes sont très importants, presque pathognomoniques de la douleur hépatique.

Le hoquet, qui a été signalé dans l'observation de MM. Carnot et Caroli, est dû à l'irritation du diaphragme.

— LES SIGNES PHYSIQUES orientent mieux le diagnostic. Tantôt on voit une voussure siégeant dans l'hypocondre droit comme chez notre petit malade. Moins souvent *un ictère* attire immédiatement l'attention sur le foie. Mais il n'existe que dans le cas où l'abcès comprime un grand tronc biliaire ou quand il existe une angiocholite aiguë. Pour la plupart des auteurs il n'est pas intense mais peut devenir assez net.

Si on palpe à ce niveau. On réveille une *contracture de défense* qui existe d'une façon permanente au niveau du muscle grand droit.

Elle n'est pas constante.

Palpation et percussion rendent perceptibles une hépatomégalie très nette. L'hépatomégalie est tantôt

uniforme, tantôt irrégulière, formant des voussures qu'on perçoit quelquefois par la simple inspection. Ces voussures correspondent à l'abcès et sont de consistance dure ou molle, et fluctuantes.

La douleur provoquée à la palpation est quelquefois limitée et plus forte dans une zone circonscrite qui correspondrait au siège de l'abcès. Il peut aussi exister des points douloureux à la palpation en dehors de l'aire hépatique plus ou moins caractéristiques, par exemple les points phréniques, etc... Smith dit que, dans quelques cas, la pression dans un point déterminé de l'aire produit constamment des vomissements.

L'immobilité du foie pendant les mouvements respiratoires a été signalée, car l'organe est fixé par le processus de péri-hépatite, mais c'est loin d'être la règle.

Si l'on poursuit l'examen par celui des AUTRES APPAREILS, on note souvent des TROUBLES RESPIRATOIRES :

De la *dyspnée* par parésie du diaphragme.

Inspiration brève, superficielle, sans que l'examen des poumons et des plèvres puisse révéler un symptôme appréciable.

Tantôt on observe une *pleurésie* sèche ou séreuse ou même purulente, sans qu'il y ait diffusion du processus hépatique à la plèvre.

LES ALTÉRATIONS DE L'APPAREIL DIGESTIF sont la règle. Les nausées et vomissements sont habituels.

LES URINES sont diminuées de volume. Dans aucune des observations on ne signale d'albuminurie. D'a-

près quelques auteurs, augmentation notable de l'ammoniaque et diminution de l'acide urique. La recherche du staphylocoque dans les urines peut rester négative.

L'EXAMEN DU SANG montre une hyperleucocytose neutrophile presque constante dans les abcès pyogéniques. La diminution des globules rouges est habituelle. Une hémoculture permet quelquefois de déceler le staphylocoque.

L'EXAMEN RADIOLOGIQUE est d'une grande importance, surtout dans les abcès de la face antérieure du foie. La dénivellation entre la coupole diaphragmatique droite et gauche — normalement de 2 cm. — est augmentée. La ligne de l'opacité est irrégulière, le diaphragme immobile. Le cul-de-sac pleuro-diaphragmatique droit est moins clair que le gauche, il peut contenir un épanchement. Une masse plus obscure à contours peu nets se dessine sur l'opacité normale du foie. Dans les abcès à siège antéro-inférieur on n'a pas d'image définie qui permettrait d'affirmer le diagnostic. La distension gazeuse de l'intestin peut faciliter l'examen.

Dans l'observation de Carnot et Cachera, on injecta dans l'abcès par le trocart de ponction, 10 cc. de lipiodol et une petite quantité d'air. Une stéréoradiographie pratiquée immédiatement permit de préciser la topographie de l'abcès.

PONCTION EXPLORATRICE : sur son indication, les auteurs ne sont pas d'accord.

Pour les uns, elle serait inoffensive et devrait toujours être pratiquée. Pour d'autres, au contraire, elle est dangereuse parce que pouvant diffuser l'infection à la plèvre, elle peut même provoquer des hémorragies graves.

Pourtant, si on peut suspecter la purulence de l'abcès, et s'il est nécessaire pour affirmer le diagnostic de recourir à la ponction à défaut d'autres signes probants il est nécessaire de respecter des précautions spéciales — c'est-à-dire : faire la ponction dans la salle d'opération avec tous les préparatifs pour une intervention immédiate, afin de pouvoir, le cas échéant, intervenir chirurgicalement, sans même extraire l'aiguille de l'abcès.

VIII. — DIAGNOSTIC

Le diagnostic doit préciser :

- 1° S'il y a un abcès ;
- 2° Le nombre des abcès : unique ou multiples ;
- 3° Son siège ;
- 4° Son agent pathogène.

1° Le diagnostic de l'abcès du foie

Il se base sur :

- a) L'anamnèse, qui peut révéler la cause première de l'infection hépatique et sa porte d'entrée. Dans l'abcès hépatique autonome elles sont introuvables ;
- b) Sur le début de l'évolution de la maladie ;
- c) Sur l'examen du malade.

Son aspect est celui d'un TYPHIQUE, mais il existe trois symptômes essentiels :

- Fièvre à allure particulière ;
- Douleur ;
- Et hépatomégalie.

Dans la fièvre typhoïde, la température débute par des oscillations ascendantes, puis se maintient en plateau, ensuite subit des oscillations descendantes, pour aboutir à la déffervescence progressive.

Dans nos observations, la température, même si elle débute par des oscillations ascendantes, ne présente dans aucun cas de plateau, mais des oscillations très marquées indiquant une suppuration profonde.

Dans les diverses observations que nous rapportons la température dessine chaque fois des courbes différentes.

Le poulx, dissocié dans la fièvre typhoïde, peut également l'être ici.

La douleur est spontanée ou provoquée. Dans la fièvre typhoïde la douleur siège dans la fosse iliaque droite et s'accompagne de gargouillements à la palpation. Dans l'abcès du foie la douleur siège au niveau de l'organe même, mais son niveau est variable suivant la situation de l'abcès.

L'hépatomégalie. Dans les abcès hépatiques la matité de l'abcès se continue plus ou moins avec celle du foie. La tumeur se prolonge vers l'hypocondre ou même plus à gauche ; elle est mobile avec les mouvements respiratoires. Au double palper il n'y a pas de ballottement, ni de contact lointain. A la radiographie l'angle sous-hépatique et le côlon transverse sont abaissés et refoulés.

De plus, dans la fièvre typhoïde, à l'examen du sang :

1° La formule sanguine montre une leucopénie habituelle alors qu'il y a une hyperleucocytose à neutrophiles constante dans l'abcès ;

2° L'hémoculture ;

3° Et le séro-diagnostic de Widal tranchent également le diagnostic.

Il ne faudra pas confondre également un abcès hépatique avec

UN ABCÈS SOUS-PHRÉNIQUE DROIT dans lequel il n'y a pas d'hépatomégalie vraie, mais simplement un abaissement du foie refoulé par la collection purulente. Pour faire la distinction entre les deux, on a recours à la radiographie qui peut être d'interprétation difficile, mais dans certains cas on peut distinguer une collection purulente extra-hépatique d'un gros foie.

DANS LES TUMEURS DU REIN DROIT il existe une sonorité colique antérieure, la situation de la tumeur est moins latérale, le palper bimanuel permet de percevoir le ballottement rénal et le contact lombaire. Aux mouvements respiratoires la tumeur ne présente pas de mobilité. L'examen radiologique montre l'ouverture de l'angle côlon ascendant, côlon transverse.

DANS LES TUMEURS DE L'ANGLE COLIQUE DROIT la matité de la tumeur est généralement séparée du foie ; il n'y a aucune mobilité avec les mouvements respiratoires. Les signes radiologiques sont au surplus évidents.

LES TUMEURS DU PANCRÉAS ne sont en général que difficilement perçues dans la profondeur. Elles ne sont pas mobiles avec les mouvements respiratoires ; il existe une sonorité colique antérieure. Un ictère

chronique par rétention accompagne presque toujours les tumeurs nées au niveau de la tête pancréatique.

Un plastron de PÉRITONITE TUBERCULEUSE a pu encore induire en erreur, il faudra y penser.

d) La ponction : quelquefois on n'en a même pas l'idée.

Parfois, on hésite à la faire. Si on la pratique, elle peut rester blanche, car suivant la localisation, l'abcès n'est pas toujours facile à atteindre.

La ponction exploratrice doit être faite et bien faite.

Il faut ponctionner au point où la douleur est la plus forte.

La ponction sera faite dans une salle d'opération, tout étant prêt pour l'intervention.

2° Le diagnostic d'abcès unique ou multiple n'est pas facile

En règle générale, les abcès multiples sont d'une symptomatologie plus grave. On peut quelquefois poser le diagnostic de multiplicité à l'examen objectif : ainsi d'après Bertrand et Foulon le volume excessif du foie et surtout sa forme irrégulière distincte de l'hépatomégalie ont leur importance. Le diagnostic du nombre n'est jamais que probable.

3° Siège

Il n'est pas facile de localiser avec exactitude le siège de l'abcès, mais cette localisation a une valeur primordiale pour l'intervention chirurgicale. On se basera surtout sur ces symptômes cliniques et radiologiques qui peuvent indiquer une hypertrophie localisée dans un point déterminé du foie.

Le siège de la douleur spontanée ou provoquée a son importance.

La douleur réflexe à l'omoplate droite est en rapport le plus souvent avec un abcès de la convexité du lobe droit, tandis que les collections du lobe gauche donnent une irradiation à l'omoplate gauche. Les irradiations en bas vers la région rénale, le syndrome sciaire sont en général déterminés par un abcès de la concavité du foie ou de sa face postérieure.

La localisation de la douleur bien circonscrite et bien déterminée dans un point, indique le siège probable de l'affection.

4° L'agent pathogène

En 1901 Etienne écrivait : « Existe-t-il un tableau spécifique des infections staphylococciques ? Je ne le crois pas. J'ai recherché des signes spéciaux et je n'ai rien trouvé de caractéristique. »

Cette formule reste vraie. Il est impossible d'affirmer le diagnostic du microbe sans les preuves du laboratoire.

IX. — PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic de l'abcès primitif du foie est difficile. Il dépend évidemment du nombre d'abcès, de leur siège, de l'état général du malade, mais il est surtout fonction du diagnostic. Si le diagnostic est précoce, une laparotomie pratiquée immédiatement peut sauver le malade car la participation biologique de l'organe à son processus inflammatoire localisé est minime comme nous l'avons vu dans les observations que nous avons rapportées.

TRAITEMENT

Dans toutes les observations que nous rapportons, le seul traitement, à part les traitements d'épreuve par l'émétine et le stovarsol, a été le traitement chirurgical : incision de l'abcès. Bien que nous n'en ayons pas d'exemple, comme les abcès hépatiques sont secondaires à une staphylococcémie, nous pensons cependant que le traitement médical pourrait constituer un traitement d'appoint qui ne serait pas négligeable.

Aussi terminerons-nous en disant un mot du rôle de ce traitement, et en insistant plus spécialement sur

l'emploi de l'anatoxine dans les abcès hépatiques à staphylocoques.

A. — Traitement chirurgical

Le traitement de choix sera l'incision avec drainage ou hépatostomie. Il est important pour bien ouvrir l'abcès d'en avoir fait un diagnostic topographique précis clinique et radiologique. Si la ponction est positive, il est avantageux d'inciser sur l'aiguille laissée sur place.

a) A la méthode de Stromeyer-Little — ouverture en un seul temps — méthode rapide, mais dangereuse, risquant d'infecter le péritoine, on doit préférer :

b) des incisions méthodiques plan par plan. Après avoir incisé la paroi et avant d'ouvrir l'abcès, il faut protéger le péritoine au moyen de champs et de compresses. Dans les cas où il existe des adhérences du foie à la paroi, ces précautions deviennent inutiles. On incise alors le foie au bistouri ou au thermo-cautère (on peut employer ici le bistouri électrique). L'abcès est ouvert largement, exploré et drainé.

CONDUITE DE L'INTERVENTION.

L'anesthésie. — On recourra le plus possible à l'anesthésie locale chez des malades fatigués. On l'emploiera, en particulier, dans les interventions avec résection costale. On aura soin d'injecter le liquide anesthésiant près du sommet de l'apophyse transverse là

où le nerf intercostal n'est pas encore bifurqué. Avant de ruginer les côtes, on réinjectera à nouveau les muscles intercostaux en longeant la face interne de la côte.

Si l'anesthésie locale n'est pas suffisante, on aura recours à l'anesthésie générale à l'éther de préférence.

Ses voies d'abord. — La voie d'abord la meilleure sera la plus directe, celle qui mène le plus vite à l'abcès. Elle dépendra donc essentiellement du siège de celui-ci.

Les incisions abdominales verticales, obliques, sous-costales conviendront à tous les abcès siégeant au voisinage du bord antérieur ou à la face inférieure du foie.

Dès que les incisions abdominales donnent un jour insuffisant, il ne faut pas hésiter à faire une résection costale, soit définitive (Auvray), soit plutôt temporaire, à la manière de Baudet-Navarro : volet costal des trois ou quatre dernières côtes, le cul-de-sac pleural étant refoulé avec le volet.

On pourra encore utiliser une technique analogue à celle que Constantini a décrite comme voie d'abord de l'hypocondre gauche : incision abdominale transversale, complétée par une incision thoracique passant par un espace interchondrocostal, le 8^e ou le 9^e après section du rebord chondral.

Mais il ne faut pas oublier l'allure clinique de l'abcès hépatique et se rappeler que bien souvent le diagnostic positif n'est que soupçonné. Quant à sa loca-

lisation précise, elle est souvent difficile à établir malgré les examens radiologiques les plus minutieux. Il est même des cas où la certitude de l'abcès du foie n'est pas formelle et où l'on reste hésitant entre une suppuration sus ou sous-diaphragmatique.

C'est dans de telles conditions que serait particulièrement indiquée la voie d'abord trans-thoracique décrite par Pétridis et curieusement baptisée par son auteur : la polypleuro-diaphragmatomie dont voici la technique résumée :

1° Incision horizontale partant de la ligne mammaire droite au niveau de la 7^e ou de la 8^e côte, passant sur les 7^e, 8^e et 9^e côtes et menée jusqu'à la ligne axillaire sur une longueur de 10 à 16 centimètres et parfois au delà.

2° Résection des trois côtes 7^e, 8^e et 9^e sur une longueur de 4 à 8 centimètres.

3° Ouverture de la plèvre et exploration rapide de la cavité pleurale afin de ne pas passer à côté d'une suppuration pleurale.

4° Après tamponnement de la brèche pleurale, incision du diaphragme.

5° Suture de ses lèvres au rebord de l'incision pariétale.

6° On fait une protection soignée du péritoine, on met le malade en position de Trendelenburg.

Ce procédé peut être avantageux pour tous les abcès du lobe droit, il permet l'exploration étendue de la surface hépatique jusqu'au bord postérieur, difficilement accessible par d'autres incisions.

Certains auteurs (Professeur Mauclaire) trouvent la fermeture de la cavité pleurale ou le refoulement du cul-de-sac pleural difficilement réalisable et préfèrent employer un procédé antérieur, type Baudet-Navarro.

B. — Traitement médical

On pourra avantageusement employer comme médication d'appoint :

a) *la vaccinothérapie* : stocks-vaccins tel le Propidon, qui permettra au pus de se collecter plus facilement.

b) *Les dérivés de la sulfamide* : comprimés de Carboxy — sulfamido-chrysoïdine, de paramino-phényl sulfamide ou 1162 F, et alpha paramino phényl pyrédine ou 693.

c) *des métaux colloïdaux* : électrargol, *électrocuprol* par voie intra-veineuse ou mieux intra-musculaire car ces sujets ont souvent un état général très altéré.

d) *des injections intra-veineuses de carbone*,

e) le *bactériophage* qui jouit de la propriété de lyser certaines bactéries. Mais cette thérapeutique n'a pas empêché de nombreux échecs dans les staphylococcémies où elle a été employée et a l'inconvénient de provoquer un choc très violent.

f) *La sérothérapie*. En réalité l'immunisation que confère le sérum est vraiment peu importante et ce

moyen thérapeutique ne devra être employé qu'associé à l'anatoxine.

g) *L'anatoxine staphylococcique de Ramon* a fait naître de grandes espérances dans le traitement des staphylococcies à la suite des essais heureux de Robert Debré et de ses collaborateurs en 1935.

C'est à M. F.-M. Burnet (1929) que nous devons la première transformation de la toxine staphylococcique, provenant des semences de staphylocoques sélectionnées, en son dérivé anatoxique.

Elle est obtenue d'après le principe général de préparation des anatoxines, mis en lumière pour la première fois par M. G. Ramon en 1922, à propos de l'anatoxine diphtérique, en soumettant le bouillon staphylococcique préalablement filtré à l'action d'une minime proportion de formol (3 cmc. 5 par litre) et d'une chaleur modérée (39° à 40°) pendant une douzaine de jours.

En pratique, d'ailleurs, on reste guidé dans l'appréciation des deux facteurs : durée d'incubation et quantité de formol par la recherche de deux propriétés fondamentales que doit présenter l'anatoxine :

l'innocuité,

la valeur antigène intrinsèque.

1° *L'innocuité* : elle ne doit pas être relative, mais absolue. L'anatoxine staphylococcique doit donc :

— avoir perdu toute capacité de produire l'hémolyse, même à dose massive;

— avoir perdu tout pouvoir de provoquer une réaction quand on l'injecte à grande dose ($1/3$ de cmc par exemple) dans la peau d'un lapin,

— avoir perdu tout pouvoir léthal.

2° *La valeur antigène intrinsèque* est exprimée exactement comme celle de la toxine, en fonction de l'unité antitoxique. Elle correspond à la quantité d'unités antitoxiques capables de faire apparaître la floculation initiale dans 1 cmc d'anatoxine.

Rôle de l'anatoxine :

G. Ramon et ses élèves attribuent le rôle principal de l'anatoxine non pas à une stimulation directe des fonctions de défense de l'organisme, mais exclusivement à la production de l'antitoxine spécifique.

Applications thérapeutiques. — Un très grand nombre de sujets acquérant vis-à-vis du staphylocoque et de ses protéines une sensibilité plus ou moins grande, avant d'injecter, même en petite quantité de l'anatoxine, il est par conséquent indispensable d'éprouver cette sensibilité par injection préalable d'une petite dose sous la peau ($1/10$ de cm³ : Ramon) ou dans la peau ($1/40$ de cm³ : Tzanck). « Si cette injection d'épreuve est très bien supportée, on commencera le traitement anatoxique normal. Dans le cas contraire, on sera amené, très exceptionnellement, à surseoir à l'anatoxinothérapie, le plus souvent à continuer les injections à très petites doses, pour faire progressivement tolérer une quantité suffisante d'antigène » (Ramon et Bocage).

Pour une anatoxine dont la valeur antigène est au minimum de 10 unités au centimètre cube, ces auteurs conseillent les doses suivantes, en injections sous-cutanées, au niveau de l'espace inter-scapulo-vertébral : 1/4, 1/2, 1 centimètre cube, 2 cm³, à cinq ou six jours d'intervalle.

Pour Ramon l'intervalle optimum est de quatre jours. Leur nombre ne paraît pas dépasser 5.

Nous avons un peu insisté sur l'anatoxinothérapie, bien que dans ces localisations staphylococciques très spéciales que sont les abcès hépatiques, le traitement par l'anatoxine ne soit qu'un simple adjuvant « la thérapeutique chirurgicale étant la seule raisonnable » (Ombrédanne).

X. — CONCLUSIONS

1° Les abcès hépatiques à staphylocoques sont relativement rares.

2° Leur diagnostic est très difficile, surtout lorsque comme dans la plupart des cas ils apparaissent comme primitifs.

3° Leurs signes sont en rapport le plus souvent avec leur siège.

4° Le microbe en question ne peut être individualisé sans les preuves du laboratoire.

5° Le traitement chirurgical est le plus efficace, mais il est bon d'y associer le traitement médical qui est celui des staphylococcies.

6° Le pronostic est, en effet, celui non pas de l'insuffisance hépatique, mais de la septicémie à staphylocoques.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
H. BÉNARD.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- AYLETT. — Abscès hépatique produit par le staphylococcus aureus hémolytiques (*The Lancet*, 9 octobre 1937, p. 852).
- C.-M. BARBEROUSSE. — Hepatitis sypurada e estafilocos (*Arch. de Pédiatr. de Uruguay*, t. 7, janvier 1936, p. 33-35).
- ABRAM-WOLF BOROWICZ. — Contribution à l'étude des abcès hépatiques primitifs à staphylocoques (*Thèse Paris*, 1934, Librairie Rodstein, 17, rue Cujas, Paris).
- P. CAMBIER, J. DAGNELIE. — Abscès du foie à staphylocoques. Thrombose des veines sus-hépatiques. Septicémie à staphylocoques. Foie muscade localisé (*Le Scalpel*, n° 8, 25 février 1933).
- P. CARNOT, René CACHERA. — Grand abcès staphylococcique du foie. Son diagnostic par ponction et injection aërolipiodolée (*Bull. et Mémoires de la Société Méd. des Hôp. de Paris*, séance du 25 mai 1934, n° 18, 4 juin 1934, p. 756).
- P. CARNOT et J. CAROLI. — Grand abcès du foie à staphylocoques après cholécystectomie mais d'origine furonculaire (*Bull. et Mém. de la Société Méd. des Hôp. de Paris*, séance du 25 mai 1934, n° 18, 4 juin 1934, p. 760).
- XLIII^e Congrès Fr. de Chir.* du 3 au 8 oct. 1939. — Informations et rapports.
- B. CORCUFF. — Contribution à l'étude des septicémies à staphylocoques (*Thèse Paris*, 1937).

- B. DELGADO-CORREA. — Absceso héptico a estafilococcus (Arch. latino Am. de pediat., 22 : 374-377, june 1928).
- F. DELMAS et DUHAMEL. — Abscès primitifs du foie à staphylocoques, deux cas (Bull. Mém. Soc. Méd. des Hôp. Paris, 25 juin 1934, t. 50, p. 1047-1049).
- Ch. DESROSNIERS. — Contribution à l'étude des septicémies à staphylocoques (Thèse Paris, 1935).
- R. GUEULETTE et J. BOUTRON. — Encyclopédie médico-chirurgicale (Le Foie, f. 7022, p. 2, 3, 4).
- Noël FIESSINGER, B. DESPLAS, R. MESSIMY. — Abscès multiples du foie à staphylocoques dorés. Evolution torpide, apyrétique et prolongée (Journal des Praticiens, n° 45, 10 novembre 1934).
- Abscès multiple du foie à staphylocoques dorés. Evolution torpide, apyrétique et prolongée (Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, n° 27, 5 novembre 1934, t. 50, p. 1348-1353).
- R. GOFFIN. — Abscès du foie à staphylocoques. Guérison datant de 10 ans (Journal de Chir. et Annales de la Société Belge de Chir., séance du 26 février 1938, in Bruxelles Médical, n° 23, 10 avril 1938) (Le Scalpel, 18 juin 1938).
- HUARD. — La multiplicité et les réveils des abcès du foie (Revue de Chirurgie, Paris, n° 9, novembre 1937).
- P. HUARD. — Péritonite et abcès du foie (Le Monde Médical, n° 920, 15 juillet 1938, p. 673).
- P. HUARD et BIGOT. — Abscès du foie et tumeurs kystiques du pancréas avec glycosurie et hyperglycémie (Rev. Méd. Chir. des maladies du foie, janvier-février 1938, t. 13, p. 61-65).
- P. HUARD et MEYER MAY. — Début péritonéal aigu de certains abcès du lobe hépatique droit non extériorisés (Presse Médicale, n° 32, 18 avril 1936).

- L'examen radiologique et la radio-chirurgie des abcès du foie (*Journal de Chirurgie*, 4 avril 1936, p. 529-560).
 - Les myosites coloniales à staphylocoques (*Acad. de Chirurgie*, séance du 29 avril 1936, t. 62, n° 14, 1936).
 - L'infection staphylococcique aux colonies (*Revue de Chirurgie*, Paris, an. 55, n° 6, juin 1936).
 - Les abcès du foie (Un volume, Masson, éditeur).
 - Traitement des abcès du foie (*Bull. Soc. Méd. Chir. de l'Indochine*, 14 janvier 1936, p. 76-149). (*Revue Médico-Chirurgicale des maladies du foie*, août 1936).
 - L'abcès du foie chez l'enfant (*Revue Médico-Chirurgicale des maladies du foie, du pancréas et de la rate*, 11^e année, n° 6, novembre-décembre 1936).
- MARCEL LABBE, R. BOULIN, G. DREYFUS. — Grand abcès primitif du foie à staphylocoques (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, n° 18, 4 juin 1934, séance du 25 mai 1934, p. 754).
- Grand abcès primitif du foie à staphylocoques (*La Médecine*, n° 10, juillet 1934).
- TALBOT, PARLANGE. — Abcès du foie à staphylocoques dorés d'étiologie indéterminée ouverte dans l'espace sous-phrénique (*Bull. Soc. de Méd. Milit. Française*, juillet 1937).
- WEILL-HALLÉ, AUBERT, RAMBERT. — Grand abcès primitif du foie à staphylocoques dorés (*Soc. de Pédiat. de Paris*, séance du 3 décembre 1935, t. 33, p. 607-611) (*Revue Française de Pédiatrie*, XII, 1-155, 1936).



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
MM. VIGOT Frères

